



Conférence régionale
de la santé et de l'autonomie

Séjour de la Santé

**Contribution CRSA Centre-Val de Loire
sur la simplification des organisations
et la fédération territoriale des acteurs**

La CRSA CVL s'est mobilisée pour faire l'inventaire des expériences tirées de la période récente et pour formuler des propositions. Deux groupes de travail ont été constitués, les CTS ont été mobilisés. L'ensemble des travaux réalisés sont produits ci-après. Ils ont été validés par La Commission Permanente lors des réunions du 07 Mai et surtout du 18 Juin derniers.

La CRSA CVL partage la volonté d'une Refondation et d'une Simplification importante et nécessaire de notre système de santé réclamée depuis très longtemps.

Sans mesures claires, audacieuses et innovantes dans l'organisation du système de santé, la déception serait réelle et aggraverait encore la crise sans précédent dans laquelle les acteurs de santé sont plongés.

Si la question des métiers et des carrières n'est pas évoquée dans cette contribution, la CRSA CVL est favorable à une amélioration significative des salaires dans le domaine de la santé et à la revalorisation des carrières pour favoriser les évolutions des pratiques professionnelles.

Les propositions sont guidées par les principes suivants :

- Elles sont **crédibles**
- Elles sont les résultats de réflexions et d'actions d'acteurs engagés dans leur territoire depuis plusieurs années.
- Elles s'inscrivent dans une démarche de **co-construction** avec les pouvoirs publics
- Elles reposent sur des valeurs de **bienveillance** au bénéfice d'un service public de santé moderne au service des professionnels et des usagers
- Elles sont **indépendantes et libres** au plan politique

L'ensemble des travaux réalisés au cours de cette brève période et retracés dans les documents ci-après permettent de mettre l'accent sur des thèmes majeurs qui constituent les

6 principales propositions portées par la CRSA CVL :

1. Recentrer l'Etat sur son rôle de Stratège
2. Améliorer la Déconcentration
3. Renforcer la Décentralisation
4. Renforcer l'autonomie locale
5. Favoriser et Simplifier les coopérations
6. Renforcer la Démocratie Sanitaire

1. Recentrer l'Etat sur son rôle de Stratège

La crise a montré une perte d'indépendance nationale et européenne en matière sanitaire. Les stocks insuffisants de masques et d'équipements de protection individuelle, comme de produits nécessaires en anesthésie et réanimation, l'absence réelle de capacité industrielle, la lente réactivité de notre capacité de dépistage en biologie médicale sont autant d'exemples invitant à repositionner le rôle de l'Etat dans sa dimension de stratège afin de protéger notre population sur le plan sanitaire.

L'Etat est le garant de notre défense sanitaire et doit définir la stratégie et les tactiques de protection de la population française. Il doit également porter cette nécessité d'indépendance stratégique au niveau européen.

Par ailleurs il est le garant de l'existence pérenne d'un système de santé et du même niveau de qualité sur tout le territoire national.

La CRSA CVL demande un Etat stratège pour assurer la défense sanitaire de la France et la garantie d'un service public de santé développant l'égalité et la sécurité.

3 propositions sont formulées :

1. Simplifier la gouvernance nationale :

La crise sanitaire a révélé un Etat qui travaille en « tuyaux d'orgue ». L'existence des nombreuses Directions Centrales amène une production de textes et de recommandations comme d'exigences de reporting inflationnistes et parfois incohérentes dans le domaine de la santé.

Cette technocratie, générée elle-même par une course sans cesse effrénée de textes votés par les parlements successifs et souvent à l'initiative des différents gouvernements, génère un épuisement et un « ras le bol » des acteurs de terrain. Les acteurs de santé croulent sous le poids des normes et des recommandations. La bureaucratie ne vient donc pas toujours et nécessairement du terrain.

La CRSA CVL demande une gouvernance unifiée de la santé en créant une seule Direction Centrale regroupant les Directions

Elle serait un seul et même interlocuteur pour les acteurs de terrain.

Son rôle serait de déterminer les grandes orientations de la France en santé publique, de fixer les objectifs globaux et pluriannuels aux Instances et Responsables locaux décentralisés et déconcentrés, puis de s'inscrire dans une culture, une dynamique, une logique d'accompagnement et d'aide aux résultats, laissant les méthodes de travail au choix des professionnels et de l'ensemble des acteurs de santé de terrain.

2. Réguler avec pertinence :

La CRSA CVL demande un Etat Stratège régulateur confirmant sa confiance aux acteurs de terrain.

Afin d'atténuer l'inflation de normes et d'enquêtes, une étude systématique de la pertinence pourrait être mise en œuvre permettant de mesurer la valeur ajoutée des nouveaux textes et leurs impacts. Le système de santé n'est pas une administration et doit concentrer ses forces sur ses missions de prévention et de soins.

Tout nouveau texte doit démontrer sa pertinence avant d'être publié et sa cohérence avec les textes antérieurs évitant l'effet mille-feuille.

La CRSA CVL demande que la pertinence de la production de normes soit prise en compte afin de laisser les acteurs de terrain se concentrer sur leurs missions de santé publique.

La CRSA CVL demande par ailleurs que l'état accorde a priori sa confiance aux acteurs et qu'il cesse de les mettre en concurrence afin de renforcer leur capacité à nouer des partenariats.

3 Renforcer le pilotage des crises sanitaires :

L'importance de la crise oblige l'Etat à repenser son mode d'action en se recentrant sur ses missions régaliennes. La prévention, la préparation et l'organisation des soins en crise sanitaire sont des priorités nationales, ainsi qu'une communication efficace, et adaptée, au service de tous. Une attention particulière doit être apportée aux publics dits fragiles et aux territoires marqués par de fortes inégalités en santé...

La CRSA CVL demande une organisation claire et simple permettant d'identifier les rôles de chacun (Préfets, ARS, Zones...)

2. Améliorer la Déconcentration :

Dans son discours à l'occasion du lancement du SEGUR de la Santé, le Premier Ministre a exprimé son souhait de dénouer les blocages du système et de lever les freins bureaucratiques.

Or, depuis leur mise en place, les ARS ont développé, très souvent sous la pression de l'Etat, une capacité significative à générer de la bureaucratie en répercutant sur le terrain l'inflation des normes produite par un Etat omniprésent et tatillon.

Cette situation met à mal les acteurs locaux de santé qui croulent sous la « paperasserie » et les enquêtes. La relation ARS/acteurs de santé s'en trouve souvent réduite à des débats autour de nombreux indicateurs et de tableaux de

reporting, dont on ne mesure pas toujours les tenants et les aboutissants, ni qui les exploite réellement.

La décision n'a jamais été aussi éloignée des professionnels de santé et les administrateurs du système ont de plus en plus un sentiment d'impuissance et d'inutilité. Certaines ARS peuvent souffrir aussi parfois de cette situation et ne peuvent se concentrer sur leur mission d'aide, de soutien et d'accompagnement. Il est urgent de s'inscrire dans la culture de l'aide à l'innovation de la libération des énergies créatives et abandonner définitivement celle de la défiance, du contrôle, de la méfiance.

La CRSA CVL demande donc des ARS concentrées sur des missions plus allégées et plus orientées vers le soutien et l'aide aux acteurs locaux.

3. Renforcer la Décentralisation :

La crise sanitaire a permis de mesurer combien les collectivités territoriales ont été des acteurs aidants (masques, EPI, dons...).

Il est important de capitaliser sur ces bonnes intentions. La santé doit être l'affaire de chacun et de tous. Elle est aussi l'affaire des élus locaux qui sont à l'écoute du quotidien, notamment en matière de prévention et de coordination entre le social, le médico-social et le sanitaire.

Elles sont des acteurs contributifs importants notamment dans les domaines social et médico-social. Les élus connaissent bien les problèmes des territoires et sont très souvent sollicités par leurs administrés, parfois même mis en cause alors qu'ils n'ont aucun pouvoir ou moyens d'action. Ils sont donc légitimes à devenir partie prenante dans un nouveau système de pilotage de la Santé.

La CRSA CVL demande que les collectivités territoriales, notamment les départements et les régions, puissent intervenir de manière réelle et plus offensive dans le pilotage local du système de santé.

5 propositions sont formulées :

1. Simplifier les missions des ARS :

La transformation des ARH en ARS a modifié en profondeur la nature de l'action publique au niveau régional et la qualité des relations avec les acteurs de santé.

Si les ARH étaient des administrations d'accompagnement et de missions, les ARS se sont trop souvent transformées en « Etat bis » avec tout ce que cela peut engendrer en terme de technostucture souvent paralysée par le souci de ne mettre en œuvre que ce qui a été conçu par l'Autorité Ministérielle.

Les ARS interviennent désormais sur tous les sujets avec une Administration reproduisant très souvent les incohérences structurelles de l'Administration Centrale, des Agences diverses et de l'Assurance Maladie.

Il est important de simplifier radicalement leurs missions pour les rapprocher du terrain et en faire un outil d'aide et de soutien, de veille et de contrôle sanitaire.

La CRSA CVL demande une révision profonde et rapide des missions des ARS en les recentrant sur les contrôles sanitaires et sur des missions d'expertise, d'aide et d'accompagnement.

2. Confier les animations des territoires aux acteurs locaux :

L'Etat doit faire davantage confiance aux acteurs de terrain pour décliner en région et sur les territoires les orientations nationales. Dans un rapport de confiance, ce sont les acteurs de proximité qui peuvent être les chevilles ouvrières de l'action de l'Etat stratège.

Il est primordial d'atténuer le fossé de plus en plus important entre Paris et ses territoires.

La CRSA CVL demande à l'Etat de laisser animer les territoires par les acteurs de terrain au travers d'Alliances de Santé de Territoire associant librement les établissements et les structures de soins et médico-sociales ainsi que tous les professionnels de santé et les usagers.

La CRSA CVL demande que ces AST puissent expérimenter de nouvelles modalités organisationnelles et de financement autour des parcours de santé et dans un cadre juridique librement choisi pour promouvoir plus de souplesse dans l'action.

3. Favoriser la contractualisation de territoire :

Dans l'animation locale, souvent à l'échelle des départements, des territoires et des lieux de vie, les ARS ont intérêt à être dans le « faire faire » « l'aide à faire » plutôt que « le faire » « interdire » « contrôler » et à laisser les acteurs de proximité mettre en œuvre les priorités de santé publique définies par l'Etat ou les Responsables exerçant un pouvoir décentralisé.

Le contrat est un levier important qui doit être promu pour accélérer les réorganisations systémiques nécessaires dans le domaine de la santé.

La CRSA CVL demande le recours au « contrat » pour organiser le système de santé dans chaque territoire sur la base de résultats à atteindre et en laissant les choix des méthodes aux acteurs de proximité.

Les Alliances de Santé de Territoire associant par exemple les établissements de soins, les CPTS et les DAC pourraient être les partenaires importants des ARS pour œuvrer ensemble sur les parcours de santé.

La CRSA CVL demande des moyens financiers spécifiques pour encourager ces AST et promeut le recours aux contrats entre ces AST et les ARS.

4. Encourager l'action des collectivités locales dans le pilotage local :

Les élus locaux se sentent souvent à l'écart des décisions prises dans le domaine de la Santé. Dans le même temps, les acteurs de santé ont besoin de plus de moyens financiers pour investir dans le quotidien et pour l'avenir.

Les communes et leurs groupements, les départements, les régions sont légitimes à être partie-prenantes aux décisions concernant l'organisation de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale dans leurs territoires respectifs.

Afin de les inciter à investir dans les structures sanitaires et médico-sociales il est indispensable de mieux les associer au pilotage du système de santé.

La CRSA CVL demande le développement des co-financements dans le cadre de contrats de territoire.

5. Equilibrer les pouvoirs et les responsabilités entre l'Etat et les Collectivités Locales :

Afin d'intéresser les Régions dans le pilotage de la santé dans leur territoire, il est légitime de leur confier une position politique à la hauteur des enjeux. D'autant plus que ces mêmes régions seront amenées à investir de manière significative dans le système de santé.

La CRSA CVL demande la mise en place d'un Programme Régional de Financement Pluriannuel couvrant l'ensemble des dépenses et engageant les finances publiques régionales.

4. Renforcer l'Autonomie locale:

En raison du développement de la bureaucratie, les acteurs du système de santé ont parfois perdu le sens de leur liberté.

Cette liberté de penser, d'innover et d'expérimenter.

Si l'on veut retrouver un nouveau souffle, il est important que les acteurs locaux de santé soient reconnus pour leur esprit de création et d'innovation.

La CRSA CVL demande une incitation plus forte et plus simple à l'innovation et à l'expérimentation. L'article 51 de la LFSS doit être allégé pour permettre davantage l'expression des libertés locales.

5. Favoriser et Simplifier les coopérations :

Les acteurs de santé sont souvent favorables aux coopérations mais veulent des partenariats efficaces au service de la qualité et de la sécurité des soins et dans le cadre d'une gouvernance proche du terrain.

La CRSA CVL ne veut pas de modèle unique pour les coopérations et base sa confiance dans les acteurs locaux pour atteindre les résultats négociés avec les ARS.

3 propositions sont formulées :

1. Promouvoir la souplesse :

Les acteurs locaux ne doivent pas se voir opposer et imposer un modèle unique et veulent pouvoir ajuster leurs organisations et leurs pratiques en fonction de leurs territoires et de leur environnement.

La CRSA CVL demande la libre administration des alliances de territoire dans le cadre de contrats de partenariats avec les ARS et les Autorités décentralisées portant sur les résultats à atteindre.

2. Développer un droit à l'intégration volontaire :

Pour les acteurs locaux qui le souhaitent, la coopération intégrée peut être plus poussée si elle est librement consentie.

La CRSA CVL est favorable aux expérimentations permettant aux Alliances de territoire de se doter de la personnalité morale si toutes les parties en sont d'accord.

3. Promouvoir l'expérimentation et l'innovation :

Les acteurs de proximité doivent pouvoir librement expérimenter de nouvelles organisations et pratiques dans le cadre de leurs coopérations.

Il s'agit de libérer les énergies innovantes pour atteindre les résultats négociés avec les ARS.

L'usage des outils de la télésanté devra être facilité au-delà de la crise, débarrassé de son carcan administratif qui limite son recours.

La CRSA CVL demande la possibilité aux Alliances de territoire de déroger aux principes d'actions classiques en inventant de nouveaux modèles d'organisation et de fonctionnement librement consentis entre les parties et autorisés par les pouvoirs publics dans un cadre expérimental.

6. Renforcer la Démocratie Sanitaire :

Pendant la crise sanitaire, l'exercice de la démocratie a été très souvent suspendu et beaucoup d'acteurs ont mal vécu cette « parenthèse ».

Aussi, il est important de valoriser et mieux reconnaître l'expression des forces vives du système de santé car la démocratie sanitaire peut participer activement à l'amélioration de notre système de santé. La place des usagers et celle des partenaires sociaux doit être clairement affirmée.

La CRSA CVL est favorable à toutes les mesures visant à renforcer l'exercice de cette démocratie sanitaire afin que la Santé ne soit pas le monopole des experts.

2 propositions sont formulées :

1. Doter la CRSA et les Conseils Territoriaux de Santé de la personnalité morale :

Les CTS rassemblent aujourd'hui toutes les forces vives des territoires dans le domaine de la santé.

Peu connus, ils représentent néanmoins tous les acteurs de terrain sur chaque territoire et qui font le système de santé local.

Dans une volonté de rapprocher les territoires de la prise de décision, il est important de les valoriser et de mieux les reconnaître comme acteurs de santé à part entière.

La CRSA CVL demande le statut de Personne Morale pour les CRSA et les CTS avec des moyens adaptés afin d'en faire des partenaires locaux crédibles des ARS.

2. Associer les Représentants des Usagers à la Gouvernance des Etablissements :

Les représentants des usagers ont été les grands oubliés dans la gestion de la crise sanitaire liée au COVID. Si dans le fonctionnement classique des établissements, ils occupent une réelle place dans les CDU, Conseils de Surveillance et Conseils d'Administration, leur participation mérite d'être renforcée afin d'enrichir les prises de décisions dans la gouvernance classique.

La CRSA CVL demande l'accès des représentants des usagers aux instances dirigeantes des établissements.

Cette ouverture aux instances des établissements doit renforcer l'exercice de notre démocratie sanitaire en renforçant la place des usagers et en les replaçant au cœur du système de santé.

**Contributions des Groupes 1 et 2
de la CRSA Centre-Val de Loire**

Groupe n°1 « Pilotage du système de santé » (pages 2 à 6)

Introduction

- La CRSA CVL, dans le cadre des retours d'expériences territoriaux initiés par le Ségur de la santé, a mis en place 2 groupes de travail dont celui du « Pilotage du système de santé ».
- Ce groupe de travail a été animé par Messieurs Tony Marc CAMUS, Hervé MIGNOT et Emmanuel RUSCH. La composition de ce groupe de travail a été constituée afin d'assurer une représentation des différents acteurs du système de santé (composition en annexe) et des différents départements de la région.

Ce document a été élaboré entre le 05 et 18 juin 2020, notamment à partir de 2 réunions du groupe de travail et à partir de contributions écrites.

La démarche est partie d'une question initiale : *A la lumière de l'expérience issue de la crise sanitaire COVID19, comment le pilotage du système de santé peut s'adapter aux spécificités des territoires et tenir compte de chacun des acteurs, à sa juste place ?*

- Les membres du groupe de travail « Pilotage du système de santé » de la CRSA CVL prennent acte de la mise en place du « Ségur santé » faisant suite à la crise sanitaire COVID19 et des 4 piliers pour la concertation. Ils expriment leur inquiétude quant aux chances de réussite du processus de concertation au regard de l'ampleur des ambitions affichées et de la temporalité retenue.
- Les contributions du présent groupe de travail s'inscrivent en adéquation avec les 2 enjeux essentiels mis en avant par le Premier Ministre lors de son discours inaugural du Ségur de la santé :
 - l'importance de la lutte contre les inégalités sociales de santé
 - l'importance des mesures se situant en amont des réponses curatives (prévention).

Retour d'expériences

Un certain nombre de constatations a été listé par le groupe de travail :

- Une confiance insuffisante vis-à-vis des autorités.
- Une définition imparfaite du rôle de chacun (*bien identifier les responsabilités et la place de chacun dans l'organisation, afin d'éviter des superpositions*).
- Une situation initiale de pénurie concernant EPI, respirateurs, ressources humaines... puis secondairement de molécules
- Des organisations et des acteurs mis en concurrence hors situation de crise et brutalement incités à la coopération lors de la crise.
- Une communication au cours de la crise insuffisante, incohérente, multiple (rôle des médias).

- Une absence de mobilisation (choix assumé ou négligence) des instances de démocratie en santé (une démocratie en santé « ornementale ») , un déficit d'implication des élus, des représentants des usagers ou des partenaires sociaux.
- Un paradoxe apparent ENTRE un pilotage régional (national) vécu comme directif, descendant, uniforme, centré sur la mise à disposition de moyens ET des initiatives locales, multiples, collaboratives, centrées sur l'atteinte d'un résultat => barrières et tuyaux d'orgue sont dépassés pour répondre aux insuffisances du système.
- Des mesures « calibrées » pour une population « générale » ou « moyenne » mais inadaptées aux populations les plus vulnérables (*le pilotage même en situation de crise doit intégrer l'ensemble des populations, pour éviter « les trous dans la raquette »*) et inadaptées à l'hétérogénéité des situations (densité population, circulation du virus R0). Une dimension éthique insuffisamment prise en compte.
- Des mesures « annoncées » à mettre en place du « jour au lendemain » et « mouvantes » (*besoin d'un peu de stabilité*).
- Un niveau territorial pertinent d'interventions situé entre le département et le bassin de vie.
- Des organisations existantes permettant une coopération entre acteurs mais restant dans une logique de silo et très incomplètes : GHT, CPTS, CLS , ...
- Des initiatives ayant fait la preuve de leur utilité et de leur pertinence et dont il convient de « capitaliser » les conditions de leurs réussites :
 - Plateforme Territoriale de coordination puis Carrefour Territorial d'Échange à l'initiative du CTS 36
 - CPTS (centres COVID, suivi des patients COVID19, articulation CH, ...) de Châteaudun (28)
 - Comité local de coordination (élus locaux, représentants de la santé, services municipaux, Éducation Nationale) à Issoudun (36)
 - Développement de la téléconsultation
 - Transfert d'activités de l'hôpital vers l'HAD
- **Pour parfaire ce bilan, le groupe de travail demande à ce qu'un réel retour d'expériences de la crise sanitaire Covid-19 soit réalisé dans les mois 6 à 12 mois à venir** dans toutes les régions, sous l'autorité de la CRSA (en coopération avec les CTS) dotée, pour ce faire, des moyens adéquats (permettant la remontée des informations, la réalisation d'études...).

Contributions et propositions

Le pilotage du système de santé doit intégrer les dimensions suivantes :

- ⇒ **Etablir les bases et conditions nécessaires à un pilotage juste, efficace, efficient et agile.**

Le pilotage qui s'est mis en œuvre pendant les premières semaines et mois de la crise sanitaire COVID-19 a montré ses forces et ses faiblesses. Le pilotage que nous appelons de nos vœux interroge et implique des déterminants permettant l'exercice de ce pilotage.

Parmi ces déterminants, certains sont en lien avec les valeurs éthiques et principes moraux retenus (démocratie, liberté, autonomie, solidarité, ...), d'autres sont en lien avec notre capacité à développer une approche systémique et intersectorielle (orientation vers les parcours de santé et parcours de vie plutôt que vers des épisodes de soins), d'autres encore sont en lien avec les mécanismes de régulation existants.

Parmi ces derniers, plusieurs ont une importance particulière comme le niveau de déconcentration ou de décentralisation par les responsabilités qu'il entraîne, le système de financement par les incitatifs qu'il construit (rémunération à l'acte en ambulatoire, financement T2A pour les établissements de santé, ...), la politique de l'emploi par la reconnaissance des professionnels et l'attractivité des métiers qu'elles détermine, le niveau de protection sociale (reste à charge, AME,...) par la solidarité et l'égalité qu'elle favorise.

⇒ **Construire et renforcer la confiance entre acteurs.**

Les conditions de la confiance sont multiples, mais impliquent notamment de s'appuyer sur les compétences de chacun, de leur donner les moyens de les exercer, de reconnaître leur expertise et de les associer en amont. C'est respecter et reconnaître la responsabilité de chacun (acteur et usager), et lui donner les moyens de l'exercer non en « consommateur » mais en « partenaire ».

C'est aussi offrir la souplesse nécessaire pour s'adapter aux particularités de chaque territoire, aux besoins inhabituels en temps de crise, et pour permettre les initiatives et les expérimentations au regard de l'objectif visé.

⇒ **Renforcer une communication honnête, transparente, fondée scientifiquement, organisée et adaptée aux différents publics cibles**

Une montée en compétence en matière de communication semble nécessaire (en interne et externe des autorités de contrôle) avec un besoin fort en coordination de l'information, afin de permettre lors des liens vers les acteurs, une transmission et quel que soit le niveau régional ou départemental, de la même information à tous (type d'établissements ou autres interlocuteurs).

La structuration, par les pouvoirs publics, d'une véritable politique de communication nationale et régionale au service d'une information éclairée, cohérente avec les données scientifiques existantes, adaptée aux différents niveaux de littératie, accessible et inclusive favorisant la solidarité et l'assistance mutuelle. Les outils doivent être mis à disposition des différents publics (professionnels de santé et grand public) concernés.

⇒ **S'appuyer sur les instances de démocratie en santé, les partenaires sociaux et les associations d'usagers.**

Ces instances et acteurs disposent de connaissances et d'expériences issues du terrain régional. Ils en savent les besoins, les attentes, les inquiétudes spécifiques. Il est donc primordial de les informer et de les associer aux politiques de santé mises

en œuvre, de recueillir leurs avis et contributions en leur qualité de représentant de la société civile.

CRSA et conseils territoriaux de santé (CTS) doivent être impliqués ainsi que les contrats locaux de santé (CLS) qui associent les collectivités locales.

CRSA et conseils territoriaux de santé (CTS) doivent être impérativement dotés de moyens et ressources (financement, outils de communication...) leur permettant une autonomie vis-à-vis des autorités publiques et facilitant leur autosaisie).

Les représentants des usagers et des personnels doivent être systématiquement concertés et mobilisés au sein des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux ou de toutes autres structures. Les associations d'usagers, de personnes concernées et de proches aidants, les organisations syndicales sont particulièrement bien placées pour faire remonter les situations de non-respect des droits des usagers ou de non-continuité des soins et pour réinterroger les parcours de santé des patients en temps de crise.

⇒ **Respecter les droits humains.**

Les droits humains fournissent un cadre essentiel pour renforcer l'efficacité des efforts menés pour lutter contre la pandémie.

Si certaines atteintes aux droits fondamentaux peuvent, pour un temps limité, être justifiées (nécessité d'être proportionnées) au regard de l'urgence sanitaire, il convient d'éviter tout recul et rupture injustifiés des droits des usagers du système de santé ou des personnes accueillies et accompagnées dans le médico-social, des salariés en milieu professionnel, des hommes et des femmes de façon générale.

L'expression et la prise en compte des besoins de ceux qui pourraient avoir le plus de difficultés à les exprimer sont des priorités.

Les mesures prises pour lutter contre l'épidémie doivent être concertées avec les populations ou groupes concernés et être adaptés, « calibrés », aux populations ou groupes les plus vulnérables.

Les mesures prises sont très souvent orientées sur des objectifs de moyens ou de structures et peu souvent sur des objectifs sanitaires au niveau des populations. De ce fait des groupes vulnérables sont « oubliés ». Le pilotage doit être attentif à tous.

⇒ **Réinterroger le positionnement et les missions des ARS ou de structures apparentées.**

Renforcer les délégations départementales des ARS de façon à garder un lien de proximité avec les territoires.

Renforcer la mission de coordination et de structuration de l'offre de santé sur les territoires par rapport aux missions de tutelle financière et/ou administrative.

Préciser et articuler les rôles des Agences régionales de santé et des Préfectures départementales.

Préciser et articuler les rôles des Agences régionales de santé et des Préfectures départementales.

Il convient également de consolider les liens entre autorités de contrôle sur un champ de compétence partagé (ARS et CD par exemple).

Assurer systématiquement la veille de l'exercice effectif, dans le champ de la santé, des missions de service public par les structures ou organisations qui en avait la charge. Ainsi, le constat d'un arrêt ou d'un retrait de la mise en œuvre d'une mission santé par une organisation doit entraîner, afin d'en assurer la pérennisation, la mise en œuvre d'une alternative, éventuellement et si nécessaire, à partir d'une autre organisation.

⇒ **Dépasser un pilotage de court terme, centré sur une dimension essentiellement biomédicale et curative, individualiste et paternaliste.**

Le pilotage doit prendre en compte les différents secteurs ou domaines impactés :

- Santé, médico-social, social ;
- Etablissement, ambulatoire, domicile ;
- Promotion de la santé, prévention, soins ;
- Santé, économie, environnement.

L'autonomie en santé des personnes et l'intégration de la parole des personnes concernées dans les prises de décisions doivent guider, au plus près des territoires, le pilotage du système de santé.

Le pilotage doit par ailleurs intégrer et faire une place aux **approches communautaires en santé**.

La crise du Covid-19 a démontré l'énormité des coûts économiques, sociaux et sanitaires conséquence d'un sous-investissement chronique dans un système de santé priorisant la prévention. Les conditions d'une politique intersectorielle doivent être garanties et renforcées.

⇒ **Renforcer la coordination au sein de chaque bassin de population avec l'ensemble des acteurs internes ou externes au système de santé.**

Assurer l'intersectorialité du pilotage : municipalités, éducation nationale, hôpital, gendarmerie, ... très grande réactivité possible et souplesse continue
Définir la répartition claire de la compétence de chaque acteur (préfet, ARS, établissement support du GHT)

Favoriser la mise en place d'une plateforme collaborative et d'échanges entre les différents acteurs de la crise sanitaire au niveau des bassins de vie ou au niveau des département.

Articuler les différents dispositifs existants tels que les GHT, CPTS et CLS et les doter d'une réelle capacité d'action à l'échelle des communes et quartiers.

**Groupe n°2 « Fédérer et coordonner les acteurs de santé
sur un territoire au profit des usagers » (pages 8 à 14)**

La politique de santé territoriale souffre d'un cadrage très fortement centralisé de l'offre de soins, reposant sur un dispositif en cascades, silos, filières répondant à des autorisations de fonctionnement multiples. Les acteurs de santé des territoires dépendent de plus en plus de décisions imposées et manquent de flexibilité pour adapter l'offre aux besoins des patients vivant dans leurs territoires.

Dès lors, en région Centre Val de Loire, les membres de la CRSA tiennent à rappeler qu'il convient de replacer les droits fondamentaux des citoyens au cœur des politiques de santé publique en :

- considérant que toute personne est en mesure de dire et d'agir pour sa santé, avec ou sans accompagnement
- renforçant l'information des usagers sur l'organisation et le fonctionnement du système de santé
- renforçant les moyens de la démocratie en santé et en lui accordant toute sa place dans l'organisation du système de santé
- impliquant tous les usagers ou les personnes concernées dans la définition des politiques publiques de santé, et dans les décisions sur leurs parcours de vie et de santé, notamment les populations les plus éloignées du système de santé, en lien étroit avec le secteur médico-social et social.

Vous trouverez ci-dessous des propositions à partir d'expériences inspirantes, nées pendant la crise sanitaire, qui nécessiteraient d'être capitalisées et de trouver un cadre juridique souple pour les pérenniser sans freiner la capacité innovante des acteurs de santé de proximité.

1. Donner plus de souplesse aux acteurs pour organiser de façon agile et réactive la réponse aux besoins de santé d'un territoire ET Renforcer les liens entre les structures, les établissements et les professionnels de santé (du sanitaire, du médico-social et du social) pour garantir les parcours les plus adaptés pour les personnes les plus vulnérables

- **Problème posé :**

Les acteurs de la santé, qui connaissent une démographie très dégradée dans notre Région, sont divers et leurs modalités d'actions sont définies en partie en fonction de leurs financeurs et autorités de contrôle. Ces financeurs fonctionnent avec chacun leurs responsabilités et leurs orientations, en silo. Des acteurs de santé peuvent être confrontés à des injonctions paradoxales, ce qui freine la souplesse d'action de l'ensemble des acteurs au niveau local, y compris des bénévoles associatifs, **acteurs plus que jamais garant du bon fonctionnement du système de santé au sein des associations de la Région.**

L'offre et les politiques de santé se définissent à différentes échelles de territoires, peu lisibles pour les acteurs eux-mêmes et les usagers.

Parallèlement, la mise en concurrence des acteurs de santé, via des procédures d'appels à projets, dans le champ sanitaire, médico-social ou social, freine la construction de coopérations nécessaires pour répondre efficacement aux besoins de santé des habitants de la région.

- **Propositions d'actions :**

- Assouplir les exigences réglementaires et les cadres de fonctionnement pesant sur les établissements de santé et les établissements sociaux et médico-sociaux

afin de faciliter les coopérations permettant de répondre aux enjeux de crise, accompagnées d'une valorisation des structures quelle que soit leur taille. Cette recherche de fluidité doit aussi interroger les modalités de la simplification de l'organisation quotidienne, de l'exercice des tutelles et des règles de facturation.

- Faire confiance aux acteurs de terrain pour innover et leurs laisser des espaces d'initiatives sans que le seul aspect comptable ne guide le soutien aux projets de santé sur les territoires.
- **Utiliser les schémas et projets territoriaux de santé comme de réels outils de programmation de la politique de santé**, en évitant le recours aux appels à projets qui limitent fortement les coopérations possibles entre acteurs d'un territoire.
- Investir dans les outils favorisant la fédération des acteurs et non plus dans ceux organisant leur mise en concurrence.
- Développer les coopérations public/privé selon des modalités variables
- Intégrer dans les formations initiales et continues sanitaires, sociales et médico-sociales des modules communs permettant la compréhension mutuelle entre acteurs et la construction d'une culture commune sur les modalités d'une meilleure articulation et d'une meilleure reconnaissance des compétences.
- Augmenter le développement de l'HAD dans certains soins à domicile, comme en oncologie et dans les Ehpad quand la charge en soins est trop importante.
- **Inclure l'ensemble des acteurs de santé dans les projets de santé des CPTS**, y compris les représentants des usagers du système de santé afin de mieux répondre aux attentes et besoins des citoyens d'un territoire donné.
 - Intégrer dans la notion de soins coordonnés, le médico-social, le social et les usagers
 - Concernant les incitations auprès des internes, laisser à l'initiative des acteurs locaux la possibilité de s'organiser en fonction de leur territoire.
- Renforcer l'accompagnement des personnes en situation de handicap à domicile et l'appui de leurs aidants.
- Permettre d'améliorer la démographie des professionnels de santé dans les territoires de notre région en invitant les internes à s'investir dans le territoire où ils ont effectué leur stage du dernier semestre sur un nombre d'années à définir
- Repenser collectivement le fonctionnement des ARS pour qu'elles intègrent plus de démocratie dans la prise de décisions et dans la mise en œuvre des politiques territoriales élaborées au sein des CTS.

- **EXPERIENCES INSPIRANTES tirées de la période de crise sanitaire en Région CVL**

: Durant cette crise, les acteurs de santé des territoires se sont mobilisés pour trouver les solutions adaptées et des réponses dans les meilleurs délais aux besoins de la population, **sans se concentrer uniquement sur le soin**. Les exemples sont nombreux d'initiatives ayant permis une réactivité importante sans cadre prédéfini par les autorités :

- Département d'Eure-et-Loir :
 - Création d'outils de travail et de suivi pour les 5 centres COVID 19 du Sud 28 partagés avec la CPTS Nord-Ouest d'Eure-et-Loir entre les acteurs de santé (tableaux des référents cellule de crise, des centres, des zones, planning hebdomadaire d'astreinte par jour et par centre, gestion des stocks de matériel, tableau relevés journaliers et synthèse hebdomadaires de l'activité des centres...)

- Achat et gestion du matériel d'équipement de protection pour les professionnels de santé des centres, du domicile et des Ehpad.
 - Création d'une cellule de crise des professionnels de santé de la CPTS Sud 28 gérant les 5 centres COVID 19 pour son territoire.
- **Création d'une plateforme territoriale de coordination en santé**, par les membres du CTS de l'Indre et élargie à l'ensemble des acteurs de santé, qui a ensuite laissé place à un carrefour territorial d'échanges dans le cadre du suivi de l'épidémie de COVID 19. Cela a facilité la création d'un lien entre les acteurs, tous secteurs de la santé confondus, incluant les usagers, les élus, les collectivités territoriales, la protection sociale et de faire vivre la démocratie en santé dans le territoire de l'Indre et de démontrer son efficience. Il a été mis en exergue notamment le **rôle des contrats locaux de santé**.
- Coopérations inter associatives pour mise à disposition de matériel et de personnels entre associations dépendant de différents financeurs mais mobilisant leurs forces pour permettre d'apporter des réponses rapides aux plus vulnérables : mise à disposition de professionnels du champ du handicap au secteur de la protection de l'enfance ou dans l'hébergement d'urgence : exemple de mise à disposition par les PEP 28 auprès du Foyer d'Accueil Chartrain.
- Réalisation par certains acteurs de santé (notamment acteurs de l'aide à domicile dans le Loir-et-Cher) de « livres d'or de la crise COVID » pour valoriser toutes les actions mises en œuvre durant cette période, afin d'assurer un accompagnement sanitaire et médico-social de qualité aux personnes les plus fragiles.
- Mise en place d'une chaîne téléphonique solidaire par APF France Handicap pour rompre l'isolement des personnes en situation de handicap à domicile, plus spécifiquement en zone rurale.
- Dans la Région, des infirmières ont mis en exergue de nouvelles organisations de travail et n'ont pas arrêté leur exercice durant cette période. Plusieurs exemples méritent d'être mentionnés :
 - Participation à la prise en charge des patients atteints de COVID-19 et lors de leur retour d'hospitalisation
 - Renforcement dans les Ehpad
 - Apport de réponses à des soins non programmés
 - Coordination avec le médecin traitant par télé suivi des patients COVID ainsi qu'avec le pharmacien et les services sociaux
 - Suivi des personnes âgées à domicile et des patients atteints de maladies chroniques

A noter : le questionnement éthique a été au cœur des préoccupations de l'ensemble des acteurs de santé ayant des responsabilités à l'égard de populations vulnérables (Ehpad, MAS, FAM, foyers d'hébergement....) afin d'éviter des phénomènes de glissement liés à l'isolement et à l'absence de leurs repères habituels. Des réponses à ces questions majeures ont pu être trouvées, avec l'appui de l'Espace de Réflexion Éthique Région Centre-Val de Loire et l'implication de représentants d'usagers.

2. Structurer les soins de proximité et l'interface entre la ville et l'hôpital ;

- **Problème posé :** La structuration des soins entre la ville et l'hôpital (en amont et en aval) a peu évolué à l'issue de la crise sanitaire que nous venons collectivement de traverser. Elle s'est peut-être même aggravée du fait de la concentration de tous les secteurs sur une seule pathologie, en mettant entre parenthèse les suivis médicaux, médico-sociaux et sociaux qui ont pu apparaître moins urgents. La difficulté d'accès aux soins, particulièrement dans notre région, qui existait avant la crise, existe toujours. On constate des délais de rendez-vous à nouveau extrêmement importants, notamment pour les patients ayant des maladies chroniques ou des pathologies telles que des AVC ou insuffisances cardiaques.

Par ailleurs, nous sommes restés sur un système, plus que jamais, « hospitalo-centré », alors même que les facteurs de risques liés à la maladie auraient nécessité un lien renforcé entre le sanitaire ambulatoire, le médico-social et l'hôpital, notamment en respectant le délai d'envoi de la lettre de sortie, prévu par la Loi, pour une meilleure coordination des soins.

Le fonctionnement en silo des autorités de tarification et de contrôle n'a pas facilité la structuration de ces relations entre la ville et l'hôpital que ce soit sur le champ sanitaire, social ou médico-social.

Les CPTS se mettent en place peu à peu sur les territoires et la Région Centre a développé massivement cet outil de coordination qui doit permettre d'améliorer les liens entre la ville et l'hôpital.

Enfin les membres du groupe souhaitent rappeler combien **la coordination de l'ensemble des acteurs de santé avec les acteurs intervenant à domicile**, y compris dans le domaine de l'aide à la vie quotidienne à domicile est capitale. La crise sanitaire a montré plus que jamais les fragilités structurelles des acteurs de l'aide et du soin à domicile qu'il conviendra de renforcer car les personnes vivant à domicile et souvent seules ont été, dans beaucoup de cas, oubliées durant cette période.

- **Propositions d'actions :**

- S'accorder sur la définition du terme « territoire de santé » et de son cadre de responsabilités. Et ce, afin de pouvoir définir **des projets territoriaux de santé infra-départementaux** adaptés aux besoins sanitaires, médico-sociaux et sociaux des habitants de chaque territoire de notre Région
- Donner à chaque projet territorial de santé les moyens de mise en œuvre d'un plan de communication adapté à tous les acteurs et à tous les publics du territoire concerné.
- Simplifier les organisations en santé pour plus de lisibilité au service de l'utilisateur.
- Réaffirmer l'organisation des CPTS comme la solution aux problématiques de coordination entre la ville et l'hôpital (plus largement entre structures de soins publiques et/ou privées).
- Généraliser le fonctionnement **en groupements de coopération sanitaire et médico-sociale**, véritable outil au service du parcours de vie des usagers du système de santé. Ne peut-on pas également envisager l'obligation dans les Groupements Hospitaliers de Territoire, d'y voir siéger le secteur médico-social ?
- **Permettre à toute personne en perte d'autonomie ou en risque de perte d'autonomie de pouvoir choisir dignement son accompagnement, sans**

opposer le domicile et l'établissement mais en les pensant en complémentarités.

- Revoir les conditions d'exercice des missions des agents des autorités de contrôle afin qu'ils appréhendent une meilleure visibilité de la réalité des territoires, du rôle des professionnels et des activités des établissements afin de pouvoir octroyer un accompagnement de qualité.

- **EXPERIENCES INSPIRANTES tirées de la période de crise sanitaire :**

- Le groupe "Amélioration des relations ville/hôpital" de la CPTS Nord-Ouest d'Eure-et-Loir, réfléchit à un décloisonnement des informations entre professionnels de santé libéraux et hospitaliers, concernant les centres hospitaliers de Chartres et Dreux, la clinique Maison Blanche de Vernouillet, l'Hôpital Privé d'Eure-et-Loir situé à Chartres et la clinique de Verneuil-sur-Avre. Une convention a notamment été signée tout récemment entre la CPTS Sud 28 et le CH de Chartres pour un programme relatif à l'accompagnement des personnes souffrant d'obésité.
- 32 CPTS ont été répertoriées en Région Centre-Val de Loire dont 19 sont aujourd'hui opérationnelles et autonomes. Il faut préciser qu'il existe en Région Centre-Val de Loire une fédération des URPS ce qui facilite les liens entre les divers professionnels de santé.
- La volonté de chaque CPTS est de se regrouper par département et de se fédérer au niveau régional. L'échange des pratiques existe depuis 3 ans sur la région entre chaque nouvelle CPTS impulsé par la Fédération des URPS.
- Le GCSMS du pays de Lorris dans le Loiret, identifie la santé comme un bien commun du territoire. Il regroupe quatre associations (la maison d'accueil spécialisée, l'EHPAD, l'ADAPA et le foyer de vie de Lorris) et deux collectivités (la commune de Lorris et la communauté de communes).

3. Déployer à grande échelle les outils de la télésanté (télémedecine et télésoin) pour en faire un véritable élément dans la lutte contre les inégalités territoriales ET mettre ces outils au service d'une nouvelle relation entre les patients et leurs soignants

- **Problème posé :** Les pouvoirs publics et les agences nationales telles que l'ANAP ou l'ASIP Santé, impulsent le développement d'outils devant notamment améliorer le parcours de l'utilisateur dans le système de santé. Ces dernières années, ils ont été nombreux à se déployer, souvent avec difficulté de mise en œuvre, de par le manque de coordination des initiatives locales et régionales.

De fait, un certain nombre de prérequis, essentiels au développement des systèmes d'information sur tous les territoires ne sont à ce jour pas remplis : accès au haut débit très limité dans certaines zones rurales, manque de formation des acteurs, moyens dédiés à l'investissement et à la maintenance encore insuffisants.

Pourtant, la crise sanitaire a vu se multiplier les initiatives territoriales de travail en commun et de communication large entre acteurs de santé, grâce à l'utilisation des systèmes d'information. Les téléstaffs et téléconsultations ont vu leur nombre croître considérablement alors même que ces outils peinaient à se mettre en

place avant la crise. L'accompagnement des usagers via les outils numériques à disposition (sites internet, forums, réseaux sociaux...) a été renforcé mais certains n'y ont pas eu accès faute d'avoir pu bénéficier de cet accompagnement. Enfin, les membres du groupe de travail s'accordent à dire que la stratégie de confinement a été une stratégie anxigène, ce qui a contraint les plus précaires et les plus fragiles à suspendre le suivi de leur santé tant à l'égard de leurs médecins traitants qu'à l'égard de l'hôpital. Aujourd'hui, de nombreuses personnes hésitent encore à venir physiquement en consultation.

- **Propositions d'actions :**

- Poursuivre les téléconsultations, notamment pour les patients les plus précaires et/ou les plus éloignés du système de santé, et prévoir des aides pour les accompagner. Sans oublier la prépondérance du colloque singulier dans la relation de soins. Ce dernier point présente parfois des difficultés liées à l'isolement géographique, sans moyen de transport pour une partie importante de la population de notre région.
- Assurer une coordination entre les différents outils déployés par les financeurs afin qu'ils soient efficaces et agiles sur les territoires de santé.
- Intégrer les usagers dans la réflexion sur les systèmes d'informations.
- Utiliser les expériences conduites pendant la crise pour les capitaliser et les pérenniser lorsque cela correspond aux besoins identifiés par les acteurs du territoire.
- S'affranchir des lourdeurs d'un pilotage des outils de télésanté via des technostructures.
- Analyser finement les impacts sur l'accompagnement des personnes suivis à distance pendant la crise, pour revisiter uniquement les modalités d'un meilleur accompagnement, notamment médico-social, des personnes et de leurs aidants.
- Pérenniser les soins par visio (psychologue, psychomotricien, orthophoniste) dans la prise en charge des enfants en situation de handicap sur les territoires qui manquent cruellement de ces professionnels (même en dehors des périodes de crise).
- Faire de la lutte contre la fracture numérique un chantier prioritaire en matière d'équipements des territoires et des foyers précaires, d'aides techniques d'accès au numérique et d'accompagnement inconditionnel par le service public.

- **EXPERIENCES INSPIRANTES tirées de la période de crise sanitaire**

- Dans le Loir-et-Cher, plusieurs Ehpad, libéraux, professionnels de centre hospitalier, EPCI, communes, se sont regroupés régulièrement via un téléstaff pluridisciplinaire autour de situations de personnes âgées. Plus de 20 téléstaffs ont pu avoir lieu, avec une grande implication de tous les acteurs. La mise en œuvre a été facilitée puisqu'elle a nécessité uniquement la création d'un domaine informatique. Cela a permis de se recentrer sur les situations des personnes, ce qui a permis à chacun de retrouver le sens de son action. Suite à cette expérience, une filière gériatrique est en cours de constitution avec les mêmes acteurs.
- Selon la CPAM, le nombre de téléconsultations dans le seul département d'Eure-et-Loir est passé de 85 en début de crise à 3219 en fin de crise sanitaire.

- Mise en place de premiers suivis d'accompagnement à distance via les réseaux sociaux à la Maisons des adolescents (AMARA 45) gérée par l'association APLEAT-ACEP.
- Mise en place de téléconsultations en psychiatrie au Centre Hospitalier de Dreux.

Les travaux du groupe ressource et les contributions écrites de nombreux membres de la CRSA ont permis de mettre en exergue les nécessités à faire évoluer les relations public/privé entre structures et professionnels du sanitaire, du médico-social et du social, dans un cadre territorial rénové et bien défini. Et ce, avec tous les acteurs, sans oublier les représentants associatifs. Plus largement, les questions de santé dans les territoires ne concernent pas uniquement les aspects de soins mais toutes les questions liées à la prévention, à la réduction des risques et à la promotion de la santé et également au logement et à l'aménagement du territoire.

Un deuxième axe mérite d'être souligné (qui a été mis à mal durant cette crise) : il s'agit **du problème du domicile**, tant pour les personnes seules en perte d'autonomie ou souffrant de maladie psychiques, que pour leurs aidants, pour lesquelles le soutien a été insuffisante.

Plus largement, toutes les orientations proposées dans le Ségur de la santé interrogent la place de la prévention dans notre système de santé.

Le taux de dépenses engagés en prévention santé est l'un des plus faibles des pays de l'OCDE (1.9 % de la dépense totale de santé contre 2.8 % en moyenne pour les pays de l'OCDE, en tête le Canada et le Royaume Uni avec 6.2 % et 5.2 %) avec

- Une absence de modèle d'évaluation financière et médicale,
- Une fragmentation des acteurs,
- Une absence de coordination des actions de prévention et donc une déperdition des moyens qui sont alloués.

Pour améliorer l'état de santé général de la population nous devons renforcer son « immunité » face à tous les risques de santé, il nous faut créer **une véritable culture de la santé publique** depuis le plus jeune âge jusqu'à la fin de vie, qui doit s'appuyer :

- Sur une volonté forte
- La mobilisation des acteurs (associations, usagers, écoles, corps intermédiaires, tutelles...)
- Créer un véritable pilotage des politiques de prévention avec fixation d'objectifs et une mise en œuvre de leur évaluation (ref intervention ORS)
- Systématiser et intégrer les actions de prévention dans les protocoles de parcours patients.

**Contribution du CTS de l'Indre (36)
Au Ségur de la Santé**



CONTRIBUTION DU CTS 36 AU SÉCUR DE LA SANTE

1. RETOUR D'EXPERIENCE SUR LA CRISE LIEE AU COVID 19 DANS L'INDRE

Des initiatives intéressantes :

- Important déploiement de la **télé médecine**, ne pouvant toutefois gommer les points de vigilance à avoir et les limites de cette modalité d'accompagnement déployée par défaut
- **Mutualisation** des moyens matériels et des compétences / **Décloisonnement** (exemple : infirmiers + médecins de ville + EHPAD)
- **Pragmatisme, innovation et liberté d'action** dans le contexte de l'urgence s'appuyant sur les compétences et l'engagement des acteurs ainsi que la dynamique naturelle des territoires et reposant sur la **confiance**
- Mise en place d'une **Plateforme** puis d'un **Carrefour Territorial d'Échanges** à l'échelle du département à l'initiative du CTS 36, visant à favoriser le partage transversal d'expérience et le vécu des acteurs
- Un **Comité Local d'Action** à Issoudun associant acteurs de la santé, de la ville, de l'éducation nationale, de la sous-préfecture ...
- Cellule Territoriale d'Appui pilotée par la Préfecture favorisant l'**accompagnement du patient** dans toutes ses dimensions dans son **bassin de vie**

Mais...

- **Confinement /privation de liberté vécus comme violents**, au détriment du bien-être et des droits des patients et des aidants
- **Approche purement curative au détriment du préventif et du palliatif**
- **Faible étayage éthique dans les situations complexes**
- **Non priorisation des publics dits fragiles**
- Gestion de crise **hospitalo-centrée**, au détriment de la transversalité
- **Pilotage majoritairement sanitaire**, excluant nombre d'acteurs (représentants des usagers, élus, partenaires sociaux, conseils territoriaux/locaux, associations, culte, acteurs sociaux, éducatifs, économiques, écologiques, transport, logement...)

Une gestion directive et descendante

- **Pilotage descendant, directif, coupé du vécu des territoires**
- Interface peu explicite entre **Préfecture et ARS**
- **Communication insuffisante**, instable, incohérente voire contradictoire
- **Choix contestables** au prétexte d'une efficacité accrue
- **Une démocratie en santé oubliée**

Des disparités dans le territoire

- Dans la structuration des réponses opérationnelles : CPTS/inter-CPTS, Comité local Issoudun, réseaux et liens informels, initiatives solidaires (alimentation, masques...)
- Dans l'impact de l'épidémie : département 36 particulièrement touché, EHPAD... **Pourquoi ?**

2. PROPOSITIONS : LA SANTE DANS TOUTES SES DIMENSIONS

Au niveau opérationnel

Déployer les compétences pour une prise en charge globale du patient.

- Assurer un **maillage étroit** d'établissements de santé et la présence de professionnels de santé dans tout le territoire. La télémédecine ne saurait résoudre à elle seule la désertification médicale
- **Doter les établissements médicaux, médico-sociaux et sociaux de moyens humains et matériels nécessaires à une prise en charge de qualité, respectueuse de la dignité de la personne**
- Recruter partout du personnel formé à l'**accompagnement des personnes en perte d'autonomie** ; favoriser la continuité de leur parcours
- Favoriser « l'**aller vers** » les **publics dits fragiles** en valorisant le temps de l'accompagnement social et de la coordination. Adapter les moyens à la typologie de la population.

En situation de crise

- **Associer le Conseil Territorial de Santé à la gestion de crise** pour une meilleure efficacité, une transversalité vivante, une démocratie dynamique en santé et une acceptabilité accrue
- Positionner l'**usager au cœur de toutes les mesures, prioriser la prise en charge des plus fragiles** et s'assurer que **personne n'est laissé de côté**.
- **Pérenniser la Cellule territoriale d'appui** avant, pendant et après la crise afin d'accompagner véritablement la population et répondre à ses questions
- **Mobiliser le Comité Local d'Aide aux Victimes**
- Mener les **études nécessaires pour comprendre la surmortalité par COVID** dans le département, notamment dans certaines EHPADs.
- Étudier la réalité des décès dans l'Indre tout au long de cette crise (pour le patient, les proches, les soignants)
- **Questionner le faible recours aux structures de soins palliatifs et d'éthique**

Au niveau du pilotage

- Assurer un **pilotage transversal** de la santé ne pouvant se limiter aux seuls professionnels de santé (CPTS) ou regroupement d'établissements (GHT) et intégrant systématiquement les représentants d'usagers
- **Valoriser le temps et les compétences mobilisées pour l'animation et la coordination** (formation, financement, mission)
- Croiser la gestion opérationnelle de crise avec la politique de santé établie sur le territoire (PRS)
- Assurer une **communication claire, fiable, cohérente et transparente**
- **Développer une culture de l'anticipation, de la confiance, en libérant la capacité d'initiative**
- **Doter la Délégation Territoriale de l'ARS en proportion des inégalités territoriales et sociales de santé** observées dans l'Indre, afin de les réduire

Au niveau du CTS

- **Ouvrir cette instance** plus largement et avec plus de souplesse aux acteurs du territoire
- **Associer systématiquement le CTS, à toutes les réflexions et décisions**, non pas dans un rôle de pouvoir mais à des fins de consultation et d'expertise
- **La doter de moyens propres, afin d'assurer ses missions, garantir son indépendance et son autonomie.**

Châteauroux ce 17 juin 2020

ANNEXES

Annexe 1 : Membres du groupe de travail n°1

Rôle	Nom-Prénom	Fonction	Structure	Dpt	Membre CRSA	mél
Animateur	Dr Hervé MIGNOT	Président	CTS 36	36	oui	mignot.herve@36.medecin.fr
Animateur	Pr Emmanuel RUSCH	Président	CS Prévention	37	oui	emmanuel.rusch@univ-tours.fr
Animateur	Tony-Marc CAMUS	DGA	ASSAD-HAD	37	oui	tmcamus@assad-had.org
Membre	Stéphanie RIST	Députée	Assemblée nationale	45	non	stephanie.rist@assemblee-nationale.fr
Membre	Gil AVEROUS	Maire	Ville de Châteauroux	36	non	gil.averous@chateauroux-metropole.fr
Membre	Edwige RIVOIRE	Directrice générale	UGEAM Centre	45	non	edwige.rivoire@ugecam.assurance-maladie.fr
Membre	Alexis JAMET	Directeur	CH Georges Sand + EPHAD St Florent	18	non	alexis.jamet@ch-georgesand.fr
Membre	Marc KUGELSTADT	Directeur	CH Issoudun	36	non	marc.kugelstadt@ch-issoudun.fr
Membre	Anne RUFFET	Chargé mission santé	Parc naturel de la Brenne	36	non	a.ruffet@parc-naturel-brenne.fr
Membre	Jacques PORTIER	Représentant familial	Union des UDAF du Centre	45	oui	jportier@orange.fr
Membre	Dr Bertrand JOSEPH	Président	CPTS Sud 28	28	non	bertrand.joseph28@orange.fr
Membre	Christophe ALFANDARI	Président	Groupe Saint Gatien	37	non	c.alfandari@groupesaintgati en.com
Membre	Anne LECLERCQ	Vice-présidente	Conseil régional	45	oui	anne.leclercq@elus.regioncentre-valdeloire.fr

Annexe 2 : Membres du groupe de travail n°2

Rôle	Nom-Prénom	Fonction	Structure	Dpt	Membre CRSA	mél
Animateur	Aude BRARD	Directrice	URIOPSS Centre-Val de Loire	45	oui	a.brard@uriopss-centre.fr
Animateur	Danièle DESCLERC-DULAC	Présidente	France Asso Santé Centre-Val de Loire	45	oui	d.d.d@wanadoo.fr
Animateur	Martine VANDERMEERSCH	Présidente	Conseil territorial de l'Eure-et-Loir	28	oui	m.vdm@wanadoo.fr
Membre	Dr Raphaël ROGEZ	Président	URPS Centre-Val de Loire	45	oui	raphael.rogez@free.fr
Membre	Dr Bertrand JOSEPH	Médecin généraliste	Châteaudun	28	oui	b.joseph@orange.fr
Membre	Pierre GOUABAULT	Directeur	EHPAD la Bonne Eure à Bracieux	41	oui	direction@labonneeure.fr
Membre	Serge RIEUPEYROU	Référent Santé	UFC-Que Choisir région Centre	45	oui	s.rieupeyrou@orange.fr
Membre	Françoise GUILLARD-PETIT	Représentante régionale	Association des paralysés de France	36	oui	petit.henri-francoise@orange.fr
Membre	Dr Eric DRAHI	Médecin généraliste	Association Appui Santé Loiret	45	non	edrahi@appuisanteloiret.fr
Membre	Dr Olivier FERRIC	Psychiatre adulte	Centre hospitalier de Dreux	28	non	oferric@ch-dreux.fr
Membre	Claire BOTTE (en attente de confirmation)	Présidente	APLEAT-ACEP	45	non	clairanne53@hotmail.com
Membre	Anne LECLERCQ	Vice-présidente	Conseil régional	45	oui	anne.leclercq@elus.regioncentre-valdeloire.fr